SANTÉ ET BIEN-ÊTRE

INSTITUT
DE LA STATISTIQUE
DU QUÉBEC

www.stat.gouv.qc.ca

Zoom santé

Novembre 2016 | Numéro 60

Consommer ou ne pas consommer du cannabis : regard sur le profil de consommation des Québécois

Rosanna Baraldi, Katrina Joubert et Monique Bordeleau[1]

Dans la plupart des pays industrialisés, le cannabis est la drogue illégale la plus consommée[2]. Au Québec, les plus récentes données montrent que la proportion de personnes âgées de 15 ans et plus consommant du cannabis en 2014-2015 est de 15 %, une augmentation depuis 2008 où la prévalence a été estimée à 12 %[3].

Selon plusieurs études, l'usage du cannabis ne serait pas sans risques pour la santé physique et mentale. Sur le plan de la santé physique, les risques liés au cannabis ont été largement rapportés dans la littérature scientifique. En ce qui a trait à la santé mentale, les liens s'avèrent plus complexes à étudier étant donné les difficultés à établir la relation de causalité ou encore le sens des relations observées. Ces difficultés seraient notamment attribuables à la nécessité de prendre en compte de multiples dimensions liées à l'histoire de vie d'une personne, dimensions qui s'entremêlent pour influer sur la santé mentale et cognitive[4].

Dans un article synthèse portant sur les impacts de la légalisation du cannabis dans une perspective de santé publique en contexte américain, Hall et Weier (2015) proposent un résumé des effets du cannabis sur la santé à partir d'une revue des études épidémiologiques publiées au cours des vingt dernières années[5]. Par exemple, chez les personnes consommant du cannabis régulièrement, et particulièrement chez celles qui ont commencé à consommer à l'adolescence et qui continuent à l'âge adulte, la consommation régulière serait associée au risque de développer un syndrome de dépendance. De plus, certaines personnes présenteraient un risque plus élevé de faire l'expérience d'états psychotiques et de présenter certains troubles mentaux[6].

Plusieurs études se sont également penchées sur les liens potentiels entre la consommation de cannabis et diverses dimensions de la santé mentale, telles la détresse psychologique, la dépression, l'anxiété et les pensées suicidaires[7,8,9]. Bien que des liens entre divers troubles mentaux, les pensées suicidaires et la consommation de cannabis aient été observés, la nature précise de ces associations est encore mal comprise. De

1. Les auteures désirent remercier Ghyslaine Neill, Hélène Camirand et Issouf Traoré pour leur relecture et leurs commentaires.

2. W. HALL, et M. WEIER (2015), "Assessing the Public Health Impacts of Legalizing Recreational Cannabis Use in the USA", *Clinical Pharmacology & Therapeutics*, vol. 97, nº 6, p. 607-615.

3. H. CAMIRAND, I. TRAORÉ et J. BAULNE (2016), *L'Enquête québécoise sur la santé de la population, 2014-2015 : pour en savoir plus sur la santé des Québécois. Résultats de la deuxième édition*, Québec, Institut de la statistique du Québec, 208 p.

4. OBSERVATOIRE EUROPÉEN DES DROGUES ET DES TOXICOMANIES (2016), *Rapport européen sur les drogues 2016. Tendances et évolutions*, Office des publications de l'Union européenne, [En ligne]. [www.emcdda.europa.eu/system/files/publications/2637/TDAT16001FRN.pdf] (Consulté le 24 octobre 2016).

5. W. HALL, et M. WEIER (2015), *op. cit.*

6. W. HALL, et M. WEIER (2015), *op. cit.*

7. M.J. DELFORTERIE, M.T. LYNSKEY, A.C. HUIZINK, H.E. CREEMERS, J.D. GRANT, L.R. FEW, A.L. GLOWINSKI, D.J. STATHAM, T.J. TRULL, K.K. BUCHOLZ, P.A.F. MADDEN, N.G. MARTIN, A.C. HEATH et A. AGRAWAL (2015), "The relationship between cannabis involvement and suicidal thoughts and behaviors", *Drug and Alcohol Dependence*, nº 150, p. 98-104.

8. C. PRICE, T. HEMMINGSSON, G. LEWIS, S. ZAMMIT et P. ALLEBECK (2009), "Cannabis and suicide : longitudinal study", *The British Journal of Psychiatry*, nº 195, p. 492-497.

9. A.-K. DANIELSSON, A. LUNDIN, P. ALLEBECK et E. AGARDH (2016), "Cannabis use and psychological distress. An 8-year prospective population-based study among Swedish men and women", *Addictive behaviors*, nº 59, p. 18-23.

fait, diverses expériences traumatiques vécues durant l'enfance, au cours de la vie, ou la présence d'autres comportements à risque peuvent influencer l'état de santé mentale[10]. Mentionnons cependant que l'étude souvent citée de Hayatbakhsh et autres (2007) concluait que les personnes qui consomment du cannabis fréquemment sont plus susceptibles de souffrir d'anxiété et de dépression que les personnes qui en consomment moins souvent[11].

Dans une étude populationnelle prospective réalisée en Suède[12], portant sur le lien entre la consommation de cannabis et la détresse psychologique, on a tenté de vérifier l'existence d'un tel lien chez les personnes âgées de 18 à 84 ans et d'établir le sens des relations observées[13]. En comparant les résultats obtenus en 2002 et en 2010 sur un échantillon provenant d'une même cohorte, les auteurs concluent que la consommation de cannabis en 2002 chez les femmes était associée à une augmentation du risque de vivre de la détresse psychologique huit ans plus tard. Par contre, l'association inverse n'était pas observée, c'est-à-dire que le fait de présenter de la détresse psychologique en 2002 n'était pas associé à un risque plus élevé de consommer du cannabis en 2010 chez les femmes.

En conclusion, les auteurs soulignent le fait qu'en plus de cette association entre cannabis et détresse psychologique observée chez les femmes, celles-ci étaient plus fréquemment sans emploi et consommaient alcool et tabac sur une base quotidienne.

Les liens entre le tabagisme ou encore l'usage d'autres drogues et la consommation de cannabis ont également fait l'objet d'études. Les résultats montrent que les personnes fumant la cigarette consomment plus souvent du cannabis que les non-fumeurs ; la consommation de tabac faciliterait le passage à la consommation de cannabis et vice-versa[14,15,16]. Les plus récents résultats obtenus à partir de l'*Enquête québécoise sur la santé de la population* (EQSP) réalisée en 2014-2015 vont dans le même sens : parmi les personnes âgées de 15 ans et plus ayant consommé du cannabis durant les 12 mois précédant l'enquête, 30 % sont des fumeurs réguliers et 40 % sont des fumeurs occasionnels, comparativement à 12 % d'anciens fumeurs et 10 % de non-fumeurs[17].

L'association entre la consommation d'autres drogues et la consommation de cannabis est également reconnue[18]. Au Canada, une étude réalisée à partir des données de l'*Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes – Santé mentale 2012* montre que la grande majorité des Canadiens ayant consommé d'autres drogues illicites (ex. : cocaïne, hallucinogènes et héroïne) ont aussi consommé de la marijuana. Par contre, la majorité des consommateurs de marijuana n'avait pas consommé d'autres drogues illicites (que ce soit au cours de la vie ou de la dernière année)[19].

Le bref survol des principaux travaux concernant les risques associés à la consommation de cannabis milite en faveur d'une meilleure connaissance du profil des Québécois qui en font usage. C'est la raison pour laquelle cette publication porte sur les différences entre les consommateurs réguliers et les consommateurs occasionnels afin de voir de quelle manière ces deux groupes se distinguent des non-consommateurs. À partir des données de l'EQSP, un portrait est d'abord dressé quant à l'évolution de la consommation de cannabis entre 2008 et 2014-2015, et ce, selon le type de consommation, le sexe et l'âge. Ensuite sont présentés certains facteurs susceptibles de prédire l'appartenance au groupe des consommateurs réguliers ou occasionnels par rapport aux non-consommateurs.

---

10. G. SERAFINI, M. POMPILI, M. INNAMORATI, E.C. TEMPLE, M. AMORE, S. BORGWARDT et P. GIRARDI (2013), "The association between cannabis use, mental illness, and suicidal behavior: what is the role of hopelessness?", *Frontiers in Psychiatry*, vol. 4, art. 125, p. 1-5.

11. M.R. HAYATBAKHSH, J.M. NAJMAN, K. JAMROZIK, A.A. MAMUN, R. ALATI et W. BOR (2007), "Cannabis and anxiety and depression in young adults: A large prospective study", *Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, vol. 46, nº 3, p. 408-417.

12. A. K. DANIELSSON et autres (2016), *op.cit.*

13. L'échantillon provenait des répondants tirés de la *Stockholm Public Health Cohort* ayant déclaré avoir déjà consommé du cannabis en 2002 ainsi qu'en 2010 et ayant répondu à un questionnaire sur la détresse psychologique. Il comptait 8 213 hommes et 10 955 femmes pour un total de 19 327 répondants.

14. STOP CANNABIS (2016), *Double dépendance tabac cannabis : un sevrage plus difficile ?*, [En ligne]. [www.stop-cannabis.ch/la-consommation-de-cannabis/tabac-et-cannabis] (Consulté le 20 septembre 2016).

15. C. HINDOCHA, T.P. FREEMAN, J.A. FERRIS, M.T. LYNSKEY et A.R. WINSTOCK (2016), "No smoke without tobacco: A Global Overview of Cannabis and Tobacco Routes of Administration and Their Association with Intention to Quit", *Frontiers in Psychiatry*, vol. 7, nº 104, p. 1-9.

16. A. BADIANI, J.M. BODEN, S. De PIRRO, D.M. FERGUSSON, L.J. HORWOOD et G.T. HAROLD (2015), "Tobacco smoking and cannabis use in a longitudinal birth cohort : Evidence of reciprocal causal relationships", *Drug and Alcohol Dependence*, nº 150, p. 69-76.

17. H. CAMIRAND et autres (2016), *op. cit.*

18. M.T. LYNSKEY, A. AGRAWAL, A. HENDERS, E.C. NELSON, P.A.F. MADDEN et N.G. MARTIN (2012), "An Australian Twin Study of Cannabis and Other Illicit Drug Use and Misuse, and Other Psychopathology", *Twin Research and Human Genetics*, vol. 15, nº 5, p. 631-641.

19. M. ROTERMANN, et K. LANGLOIS (2015), « Prévalence et corrélats de la consommation de marijuana, 2012 », Statistique Canada, Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes – Santé mentale 2012, *Rapports sur la santé*, vol. 26, nº 4, p. 4-11. [En ligne]. [www.statcan.gc.ca/pub/82-003-x/2015004/article/14158-fra.htm] (Consulté le 18 octobre 2016).

ÉVOLUTION DE LA CONSOMMATION DE CANNABIS AU QUÉBEC ENTRE 2008 ET 2014-2015

Comme il a été mentionné précédemment, la consommation de cannabis au Québec a augmenté entre 2008 et 2014-2015, passant de 12 % à 15 %. Est-ce que cette augmentation se reflète autant chez les hommes que chez les femmes ou encore pour tous les groupes d'âge lorsque l'on tient compte du caractère « occasionnel » ou « régulier » de la consommation de cannabis ?

Pour répondre à cette question, un indicateur a été créé afin de permettre de mesurer le type de consommation à partir d'une question portant sur la fréquence de consommation au cours des 12 mois précédant l'enquête (voir encadré ci-dessous). Bien que cet indicateur permette de distinguer les consommateurs occasionnels des consommateurs réguliers, il convient de souligner dès à présent les limites de celui-ci. Certains éléments non mesurés dans l'EQSP (la quantité de cannabis consommée, l'âge auquel la consommation a débuté, la durée de la consommation régulière – voire quotidienne, le contexte de la consommation, etc.) auraient certes contribué à raffiner le profil de consommation. Cela dit, les analyses qui suivent permettent néanmoins d'identifier quelques composantes de l'augmentation observée dans le temps et des facteurs associés aux types de consommation de cannabis.

Les résultats présentés au tableau 1 montrent d'abord que l'augmentation de la consommation de cannabis au Québec entre 2008 et 2014-2015 est essentiellement attribuable à l'augmentation de la consommation occasionnelle. En effet, la proportion de consommateurs de cannabis occasionnels est passée de 8 % à 10 %, alors que la proportion de consommateurs réguliers est demeurée stable. Autres résultats à souligner, qu'elle soit régulière ou occasionnelle, la consommation de cannabis en 2014-2015 est plus importante chez les hommes que chez les femmes tout comme chez les 18-24 ans, comparativement aux autres groupes d'âge (à l'exception des 15-17 ans au niveau de la consommation régulière).

En examinant tout particulièrement la consommation occasionnelle, on constate une augmentation significative, tant chez les hommes que chez les femmes, entre 2008 et 2014-2015 (de 10 % à 12 % chez les hommes et de 6 % à 9 % chez les femmes). L'augmentation de la consommation se reflète également selon l'âge. À l'exception des 15-17 ans où la proportion de consommateurs occasionnels demeure stable (22 %), elle augmente pour tous les autres groupes d'âge.

Entre 2008 et 2014-2015, l'augmentation de la consommation de cannabis est essentiellement attribuable à la consommation occasionnelle

Autre résultat notable, on observe une légère augmentation de la consommation régulière chez les 25-44 ans (de 6 % en 2008 à 7 % en 2014-2015) et les 45-64 ans (de 1,8 % en 2008 à 2,7 % en 2014-2015) bien que, pour l'ensemble du Québec, aucune augmentation statistiquement significative n'est détectée au cours de la période étudiée.

TYPE DE CONSOMMATION DE CANNABIS

Consommation occasionnelle : personne ayant consommé de la marijuana, du cannabis, du pot ou du haschich « moins d'une fois par mois » ou « une à trois fois par mois » au cours des 12 mois précédant l'enquête.

Consommation régulière : personne ayant consommé cette drogue « une fois par semaine », « plus d'une fois par semaine » ou « tous les jours » au cours des 12 mois précédant l'enquête.

Tableau 1
Consommation de cannabis selon le type, le sexe et l'âge, population de 15 ans et plus, Québec, 2008 et 2014-2015

	Consommation occasionnelle		Consommation régulière	
	2008	2014-2015	2008	2014-2015
	%			
Ensemble du Québec	**7,6**	**10,2 (+)**	**4,5**	**5,0**
Sexe				
Hommes	9,5	11,9[a] (+)	6,6	7,1[a]
Femmes	5,7	8,5[a] (+)	2,5	2,9[a]
Âge				
15-17 ans	22,1	22,2[a]	8,1	8,6[b]
18-24 ans	21,4	29,9[a] (+)	13,8	11,8[a]
25-44 ans	9,1	13,5[a] (+)	6,1	7,5[a] (+)
45-64 ans	3,1	5,2[a] (+)	1,8	2,7[a,b] (+)
65 ans et plus	0,2**	0,7[a] (+)	0,2**	0,4[a,b]

* Coefficient de variation entre 15 % et 25 % ; interpréter avec prudence.

** Coefficient de variation entre 25 % et 33 % ; estimation imprécise, fournie à titre indicatif seulement.

a, b : En 2014-2015, pour un indicateur donné, le même exposant exprime une différence significative entre les proportions concernées au seuil de 0,05.

(+) La proportion estimée en 2014-2015 est significativement plus élevée que celle en 2008 au seuil de 0,05.

Sources : Institut de la statistique du Québec, *Enquête québécoise sur la santé de la population*, 2008 et 2014-2015.

LES FACTEURS ASSOCIÉS À LA CONSOMMATION DE CANNABIS AU QUÉBEC

L'analyse des facteurs associés au profil des consommateurs de cannabis a été réalisée à partir d'un modèle de régression multinomial permettant l'usage d'une variable dépendante catégorielle. Cette méthode permet d'identifier les facteurs pouvant être associés au type de consommateur de cannabis, occasionnel ou régulier, comparativement au non-consommateur, et de faire ressortir les différences et les similitudes.

Les rapports de cotes (RC) estimés permettent de prédire la probabilité qu'ont les personnes présentant une caractéristique donnée de se classer dans la catégorie de consommateurs occasionnels ou de consommateurs réguliers de cannabis par rapport aux non-consommateurs. Lorsque l'intervalle de confiance (IC) à 95 % n'inclut pas la valeur 1, un RC supérieur à 1 signifie que la probabilité qu'un individu consomme du cannabis est plus élevée chez celui présentant le facteur donné, tandis qu'un RC inférieur à 1 indique que la probabilité est plus faible. Les variables incluses dans le modèle sont classées en deux catégories : les caractéristiques sociodémographiques (le sexe, l'âge[20], le niveau de scolarité, l'occupation principale, le fait de vivre seul et le pays de naissance)[21] et celles liées à l'état de santé (la détresse psychologique, les pensées suicidaires, l'usage du tabac et la consommation d'autres drogues – voir encadré suivant).

DÉFINITION DES INDICATEURS

Niveau élevé de détresse psychologique à l'échelle K6

L'échelle de détresse psychologique (K6) basée sur six questions, et développée par Kessler[22,23], permet de classer les personnes selon la fréquence à laquelle elles ont ressenti certains sentiments ou pensées négatives au cours des 30 jours précédant l'enquête. La répartition des scores globaux obtenus à cette échelle (somme des scores obtenus aux six questions, variant de 0 à 24) en quintiles[24] a permis de déterminer la proportion de la population se situant à un niveau élevé de détresse psychologique, le quintile le plus élevé correspondant à un score supérieur ou égal à 7. Le seuil utilisé n'étant pas un seuil clinique, les résultats présentés ne doivent pas être interprétés en termes de prévalence.

Pensées suicidaires

Cet indicateur portant sur la présence d'idées suicidaires sérieuses au cours des 12 mois précédant l'entrevue d'enquête est basé sur les deux questions suivantes :

1. « Avez-vous déjà sérieusement songé à vous suicider ou à vous enlever la vie ? »

Si la réponse est oui, une deuxième question est posée :

2. « Est-ce que cela s'est produit au cours des 12 derniers mois ? »

Statut de fumeur de cigarettes

Cet indicateur est basé sur la question « Actuellement, fumez-vous des cigarettes tous les jours, à l'occasion ou jamais ? » Les fumeurs réguliers sont ceux qui fument tous les jours, les fumeurs occasionnels fument à l'occasion et les non-fumeurs correspondent à ceux qui ne fument jamais actuellement.

Consommation d'autres drogues

Mis à part le cannabis, cet indicateur regroupe neuf autres drogues pour lesquelles une question portant sur le fait d'en avoir consommé au moins une fois au cours des 12 mois précédant l'entrevue d'enquête a été posée. Ces neuf drogues sont les suivantes : cocaïne (crack, coke, free base ou poudre), amphétamines (ou speed), ectasy (ou MDMA, E, XTC, pilule, extase, dove, love drug), hallucinogènes (ou PCP, LSD, acide, buvard, champignons), héroïne (ou smack), crystal meth (méthamphétamines ou ice), kétamine (spécial K), médicaments non prescrits, inhalation de colle (essence ou autres solvants).

Les médicaments non prescrits sont des substances normalement obtenues avec prescription, mais qui sont consommés sans prescription, et ce, dans le but d'avoir un effet similaire à celui des drogues, par exemple du Dilaudid ou des benzodiazépines comme le Valium, l'Ativan, etc.

---

20. Étant donné la très faible prévalence des consommateurs de cannabis, occasionnels ou réguliers, chez les 65 ans et plus, l'analyse a porté sur les personnes âgées de 15 à 64 ans. Parmi celles-ci, près d'une personne sur cinq (18 %, donnée non présentée) a consommé du cannabis au cours des 12 mois précédant l'enquête.

21. Il est à noter que la variable « seuil de faible revenu » n'a pas été retenue pour l'analyse multivariée, car elle n'est pas significativement associée à la probabilité d'appartenir au groupe de consommateur occasionnel ou régulier.

22. R.C. KESSLER, G. ANDREWS, L.J. COLPE, E. HIRIPI, D.K. MROCZEK, S.L. NORMAND, E.E. WALTERS et A.M. ZASLAVSKY (2002), "Short Screening Scales to Monitor Population Prevalence and Trends in Nonspecific Psychological Distress", *Psychological Medicine*, vol. 32, p. 959-976.

23. R.C. KESSLER, P.R. BARKER, L.J. COLPE, J.F. EPSTEIN, J.C. GFROERER, E. HIRIPI, M.J. HOWES, S.L. NORMAND, R.W. MANDERSCHEID, E.E. WALTERS et A.M. ZASLAVSKY (2003), "Screening for Serious Mental Illness in the General Population", *Archives of General Psychiatry*, vol. 60, p. 184-189.

24. H. CAMIRAND, F. BERNÊCHE, L. CAZALE, R. DUFOUR, J. BAULNE et autres (2010), *L'Enquête québécoise sur la santé de la population, 2008 : pour en savoir plus sur la santé des Québécois*, Québec, Institut de la statistique du Québec, 205 p.

QUI SONT LES QUÉBÉCOIS QUI CONSOMMENT DU CANNABIS OCCASIONNELLEMENT ?

Les résultats présentés au tableau 2 montrent d'abord que toutes les caractéristiques sociodémographiques retenues constituent des facteurs permettant de prédire l'appartenance au groupe des consommateurs occasionnels quand on les compare à celui des non-consommateurs.

En effet, en contrôlant pour l'influence que peuvent exercer les autres variables, on constate que les hommes ont une probabilité plus forte que les femmes de consommer occasionnellement du cannabis (RC = 1,72). Les résultats concernant l'âge montrent que les personnes âgées de 25 ans et plus ont une probabilité moindre de consommer de manière occasionnelle que celles âgées de 18-24 ans (RC = 0,37 pour les 25-44 ans et 0,13 pour les 45-64 ans). Soulignons que, contrairement aux résultats des analyses bivariées, les 15-17 ans ne se distinguent pas significativement des 18-24 ans une fois pris en compte l'ensemble des variables du modèle.

En ce qui concerne le niveau de scolarité, l'occupation principale, le fait de vivre seul ou encore le pays de naissance, on note que la probabilité d'appartenir au groupe de consommateurs occasionnels de cannabis est plus élevée chez les Québécois ayant un diplôme d'études secondaires, collégiales ou universitaires (RC = 1,61, 1,82 et 1,89, respectivement) ainsi que chez les personnes vivant seules (RC = 1,33). Par contre, cette probabilité est moindre chez les personnes qui ne sont pas aux études (RC = 0,77 pour les travailleurs, 0,72 pour les personnes sans emploi et 0,51 pour les retraités) ainsi que chez celles nées à l'extérieur du Canada (RC = 0,48).

Parmi les caractéristiques relatives à l'état de santé, certaines sont associées à la probabilité d'appartenir au groupe des consommateurs occasionnels, une fois pris en compte l'ensemble des variables du modèle. C'est le cas des personnes ayant eu des pensées suicidaires au cours des 12 mois précédant l'enquête, chez les fumeurs de cigarettes, qu'ils soient réguliers ou occasionnels, et chez les consommateurs d'autres drogues. Ainsi, le fait d'avoir déjà sérieusement songé à se suicider est associé à une plus grande probabilité d'appartenir au groupe de consommateurs occasionnels (RC = 1,40). Le même phénomène est observé pour les fumeurs de cigarettes (RC = 2,53 pour les fumeurs réguliers et 3,96 chez les fumeurs occasionnels) et les consommateurs d'autres drogues (RC = 5,23).

QUI SONT LES QUÉBÉCOIS QUI CONSOMMENT DU CANNABIS RÉGULIÈREMENT ?

Maintenant, qu'en est-il des variables permettant de prédire l'appartenance au groupe des consommateurs réguliers quand on les compare aux non-consommateurs ? En ce qui a trait aux caractéristiques sociodémographiques, mentionnons d'entrée de jeu qu'à l'exception du niveau de scolarité et de l'occupation principale, toutes les variables sont significativement associées à la probabilité d'appartenir au groupe de consommateurs réguliers, et que les résultats obtenus vont tous dans le même sens que ceux présentés pour la consommation occasionnelle. Ainsi, les hommes (RC = 3,11) et les personnes vivant seules (RC = 1,39) ont une plus grande probabilité d'appartenir au groupe des consommateurs réguliers de cannabis. Par ailleurs, les personnes âgées de 25 à 44 ans et de 45-64 ans (RC = 0,52 et 0,13, respectivement) ainsi que celles nées à l'extérieur du Canada (RC = 0,31) ont une probabilité plus faible de faire partie du groupe des consommateurs réguliers. En ce qui concerne le niveau de scolarité, seules les personnes ayant un diplôme d'études secondaires (RC = 1,33) se distinguent significativement de celles qui n'en ont pas, alors que pour l'occupation principale, aucune association n'est observée.

Pour ce qui est des caractéristiques relatives à l'état de santé, on constate que la détresse psychologique est associée à la probabilité d'appartenir au groupe des consommateurs réguliers. De fait, les personnes se situant à un niveau élevé de l'échelle de détresse psychologique ont une plus forte probabilité de faire partie du groupe des consommateurs réguliers (RC = 1,30) comparativement aux autres. En ce qui concerne le fait d'avoir des pensées suicidaires, de fumer la cigarette ou encore de consommer d'autres drogues, les résultats vont dans le même sens que ceux observés pour le profil de consommateur occasionnel, c'est-à-dire que les personnes présentant ces caractéristiques sont plus susceptibles de faire partie du groupe des consommateurs réguliers.

Tableau 2

Facteurs associés au type de consommation de cannabis, population de 15 à 64 ans, Québec, 2014-2015

	Consommateur occasionnel vs non-consommateur		Consommateur régulier vs non-consommateur	
	RC[1]	IC à 95 %	RC[1]	IC à 95 %
Caractéristiques sociodémographiques				
Sexe				
Hommes	1,72	1,55 - 1,92 †	3,11	2,64 - 3,67 †
Femmes	*1,00*		*1,00*	
Âge				
15-17 ans	0,93	0,73 - 1,19	0,84	0,60 - 1,18
18-24 ans	*1,00*		*1,00*	
25-44 ans	0,37	0,31 - 0,44 †	0,52	0,41 - 0,65 †
45-64 ans	0,13	0,11 - 0,16 †	0,13	0,10 - 0,17 †
Niveau de scolarité				
Pas de diplôme	*1,00*		*1,00*	
Diplôme d'études secondaires	1,61	1,33 - 1,95 †	1,33	1,06 - 1,68 †
Diplôme d'études collégiales	1,82	1,49 - 2,20 †	1,02	0,80 - 2,19
Diplôme d'études universitaires	1,89	1,54 - 2,32 †	0,76	0,57 - 1,03
Occupation principale				
Étudiant	*1,00*		*1,00*	
Travailleur	0,77	0,65 - 0,92 †	0,91	0,71 - 1,17
Sans emploi	0,72	0,53 - 0,96 †	1,20	0,82 - 1,75
Retraité	0,51	0,36 - 0,73 †	0,64	0,37 - 1,10
Vivre seul				
Oui	1,33	1,13 - 1,56 †	1,39	1,11 - 1,73 †
Non	*1,00*		*1,00*	
Pays de naissance				
Canada	*1,00*		*1,00*	
Autres	0,48	0,39 - 0,58 †	0,31	0,22 - 0,45 †
Caractéristiques relatives à l'état de santé				
Niveau élevé de détresse psychologique				
Oui	1,09	0,97 - 1,21	1,30	1,11 - 1,52 †
Non	*1,00*		*1,00*	
Pensées suicidaires				
Oui	1,40	1,21 - 1,62 †	1,64	1,33 - 2,02 †
Non	*1,00*		*1,00*	
Statut de fumeur de cigarettes				
Non-fumeur	*1,00*		*1,00*	
Fumeur occasionnel	3,96	3,34 - 4,69 †	6,24	4,92 - 7,91 †
Fumeur régulier	2,53	2,20 - 2,92 †	7,23	5,96 - 8,77 †
Consommation d'autres drogues				
Oui	5,23	4,36 - 6,28 †	10,89	8,70 - 13,62 †
Non	*1,00*		*1,00*	

† Différence significative au seuil de 0,05.

1. Un rapport de cotes supérieur à 1 signifie que les personnes présentant la caractéristique sociodémographique sont plus susceptibles de se classer comme consommateurs occasionnels ou réguliers de cannabis que la catégorie de référence en italique pour chacune des variables, tandis qu'un rapport de cotes inférieur à 1 signifie qu'elles le sont moins. Ceci dans la mesure où l'intervalle de confiance n'inclut pas la valeur 1.

Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête québécoise sur la santé de la population*, 2014-2015.

CONCLUSION

Les données québécoises les plus récentes indiquent que la consommation de cannabis dans la population âgée de 15 ans et plus a augmenté entre 2008 et 2014-2015 (12 % c. 15 %, respectivement) et que cette augmentation est principalement attribuable aux personnes âgées de 18 ans et plus qui consomment occasionnellement, c'est-à-dire trois fois par mois ou moins. Chez les jeunes de 15 à 17 ans, la consommation de cannabis, tant sur une base occasionnelle que régulière, est demeurée stable au cours de la période de référence. Aux États-Unis, les estimations de la *US National Survey on Drug and Health* pour les années 2002 et 2014 rapportent aussi une augmentation de la consommation de cannabis chez les 18 ans et plus, mais non chez les personnes âgées entre 12 et 17 ans[25]. Au Québec, Pica (2014) illustre également cette stabilité entre 2008 et 2013 chez les jeunes qui fréquentent l'école secondaire[26]. En ce qui concerne la consommation régulière de cannabis, on note une légère augmentation chez les 25-44 ans et chez les 45-64 ans. Est-ce que cette hausse observée chez les personnes âgées de 45-64 ans, qui sont plus susceptibles d'avoir un problème de santé chronique, pourrait être attribuable, en partie, à un accroissement de la consommation à des fins thérapeutiques?

L'information présentée dans ce bulletin permet de constater que toutes les caractéristiques sociodémographiques étudiées peuvent prédire l'appartenance au sous-groupe des consommateurs occasionnels de cannabis par rapport aux non-consommateurs, soit le fait d'être un homme, d'être âgé de 18 à 24 ans par rapport aux personnes de 25 à 64 ans, d'avoir obtenu un diplôme d'études secondaires ou plus, d'être étudiant, de vivre seul et d'être né au Canada. En ce sens, on constate également que la présence d'idées suicidaires, le fait de fumer la cigarette et de consommer d'autres drogues sont des facteurs liés à une plus grande propension à consommer du cannabis occasionnellement. Cette relation n'est toutefois pas observée en ce qui concerne la détresse psychologique.

Le portrait des consommateurs réguliers de cannabis (par rapport à ceux qui n'en consomment pas) est légèrement différent. Bien que les hommes, les jeunes de 18 à 24 ans, les personnes vivant seules et celles nées au Canada sont plus susceptibles d'être des consommateurs réguliers, l'occupation principale ne prédit pas l'appartenance à ce groupe. De plus, seuls les détenteurs d'un diplôme d'études secondaires ont une plus forte propension à consommer du cannabis sur une base régulière. Pour leur part, les caractéristiques liées à l'état de santé considérées sont associées à une plus grande probabilité de consommer régulièrement. Soulignons que l'intensité de la relation entre la consommation de tabac, ainsi que celle d'autres drogues, et la consommation régulière de cannabis est considérable.

Les résultats présentés à propos des indicateurs liés à la santé mentale, soit un niveau élevé à l'indice de détresse psychologique et la présence de pensées suicidaires, peuvent traduire une certaine vulnérabilité des consommateurs de cannabis. Des études portant sur les risques associés à la consommation de cannabis rapportent également cette vulnérabilité. Il convient toutefois de demeurer prudent dans l'interprétation des résultats de la présente étude qui ne permet pas de se prononcer sur le sens des liens observés.

Des données concernant la quantité de cannabis absorbée, le mode de consommation, l'expérience antérieure de l'usager avec cette drogue, ses attentes, son humeur, sa vulnérabilité émotionnelle ou mentale, et le contexte social dans lequel la consommation se fait, si elles avaient été disponibles, auraient pu raffiner ce portrait des consommateurs de cannabis québécois. De plus, la consommation d'alcool, et particulièrement sa consommation excessive, si elle avait été présente dans l'enquête, aurait également été un comportement à risque à prendre en considération. Dans un contexte où la légalisation du cannabis est à l'ordre du jour, l'information présentée dans cette étude pourra néanmoins alimenter la réflexion quant aux enjeux que soulève cette démarche.

---

25. A. AZOFEIFA, M.E. MATTSON, G. SCHAUER, I. MCAFEE, A. GRANT et R. LYERLA (2016), "National Estimates of Marijuana Use and Related Indicators — National Survey on Drug Use and Health, United States, 2002-2014", *Morbidity and Mortality Weekly, Report Surveillance Summaries*, vol. 6, nº SS-11, p. 1-25. DOI: www.cdc.gov/mmwr/volumes/65/ss/ss6511a1.htm.

26. L. PICA (2014), « Consommation de drogues » dans *Enquête québécoise sur le tabac, l'alcool, la drogue et le jeu chez les élèves du secondaire, 2013 – Évolution des comportements au cours des 15 dernières années*, Québec, Institut de la statistique du Québec, p. 109-147.

À propos de l'enquête

Réalisée une première fois en 2008, l'*Enquête québécoise sur la santé de la population* 2014-2015 est la deuxième édition de cette enquête menée par l'Institut de la statistique du Québec (ISQ) à la demande du ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS). Il s'agit d'une enquête transversale qui vise à recueillir des renseignements sur les habitudes de vie, l'état de santé physique et mentale, et certains déterminants de la santé de la population québécoise âgée de 15 ans et plus vivant en ménage privé. En 2014-2015, 45 760 personnes provenant de 17 régions sociosanitaires ont participé à l'enquête en répondant à un questionnaire par téléphone ou en le remplissant sur le Web, assurant ainsi une représentativité nationale, régionale et locale (93 RLS). La collecte s'est échelonnée sur une période d'une année.

Diverses thématiques ont été abordées dans cette enquête, dont la perception de l'état de santé, la santé et l'hygiène buccodentaire, le statut pondéral et l'image corporelle, la santé au travail, le bien-être et la santé mentale.

Pour en savoir plus sur l'enquête, veuillez consulter le site Web suivant :
www.stat.gouv.qc.ca/statistiques/sante/etat-sante/sante-globale/sante-quebecois-2014-2015.html

Pour accéder aux fichiers de microdonnées de cette enquête, on peut s'adresser au Centre d'accès aux données de recherche de l'ISQ (CADRISQ) à l'aide de son site Web www.stat.gouv.qc.ca/sad/acces_microdonnees.htm ou par téléphone au 514 343-2299.

Ce bulletin est réalisé par la Direction des statistiques de santé en vertu du Programme de mise en valeur des données d'enquêtes de l'Institut.

Ont collaboré à la réalisation : Kate Dupont, vérification des chiffres
Direction des statistiques de santé
Esther Frève, révision linguistique
Anne-Marie Roy, mise en page
Direction des communications

Dépôt légal
Bibliothèque et Archives Canada
Bibliothèque et Archives nationales du Québec
4e trimestre 2016
ISSN 1911-5539 (en ligne)

Pour plus de renseignements : Centre d'information et de documentation
Institut de la statistique du Québec
200, chemin Sainte-Foy, 3e étage
Québec (Québec) G1R 5T4

Téléphone : 418 691-2401
ou 1 800 463-4090 (sans frais d'appel au Canada et aux États-Unis)
Télécopieur : 418 643-4129
Courriel : contactsante@stat.gouv.qc.ca

© Gouvernement du Québec,
Institut de la statistique du Québec, 2006

Toute reproduction autre qu'à des fins de consultation personnelle est interdite sans l'autorisation du gouvernement du Québec.
www.stat.gouv.qc.ca/droits_auteur.htm

Institut de la statistique Québec